

жалоб, клинической картины, данных объективного и специальных методов исследования. Жалобы на боли внизу живота предъявляли 86,4% женщин, из них 40,9% - с иррадиацией в поясничную область. Дизурические расстройства отмечались у 22,7% больных. Нарушения менструальной функции по типу метроррагии и гиперполименореи имели место более чем у 40% обследованных женщин. Повышение температуры тела до 38°C в течении 4-12 дней до операции наблюдалось у 40,9% пациенток, до 39-40°C - у 38,6% обследованных женщин. Типичные воспалительные изменения со стороны крови в виде сдвига лейкоцитарной формулы влево отмечалось у 75% женщин. Выраженный лейкоцитоз - у 81,8%, ускорение СОЭ свыше 40 мм/ч - у 50%. УЗС с использованием влагалищных датчиков проводилось у 95,4% пациентов, кульдоцентез (с лечебной и диагностической целью) - у 40,9%. Более чем у 30% женщин заболевание развилось на фоне ВМС или в момент их удаления. Почти у всех женщин воспалительные процессы развились в период активной сексуальной жизни. Рожали более 80% женщин, имели аборт в анамнезе свыше 70%, спонтанные аборт около 15%. В прошлом оперировались по поводу внематочной беременности, аппендицита, опухолей придатков и других заболеваний свыше 10% женщин.

На первом этапе обследования проводилась идентификация возбудителя заболевания: бактериологическое и серологическое исследования содержимого влагалища, уретры, цервикального канала и брюшной полости. Смешанная флора наблюдалась у 40,9% обследуемых, эпидермальный стафилококк - у 13,6%, энтерококк - у 18,2%, гонококки - у 4,5%.

Интенсивная терапия в предоперационном периоде проведена у 95,4% больных. Длительность лечения составила: до 2-х дней - от 29,5% женщин, 3-4 дня - у 27,3%, 6-8 дней - у 25%, 9-10 дней - 18,2%. Объем операции зависел от возраста больных и характера патологических изменений в половых органах. Так, экстирпация матки с придатками была выполнена у 2,3% пациенток, надвлагалищная ампутация матки с трубами - у 2-3%, односторонняя аднексэктомия - у 25,9%, двухсторонняя сальпингоэктомия - у 53,6%, в том числе с резекцией яичников - у 11,4%, односторонняя сальпингоэктомия - у 13,6%. У 2,3% женщин дополнительно производилась аппендэктомия с активным дренированием брюшной полости.

В пред- и послеоперационном периодах проводилась интенсивная терапия, направленная на борьбу с инфекцией, повышением иммунитета, а также детоксикационная и десенсибилизирующая терапия. В случае выявления стафилококковой инфекции использовались полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды, левомицетин, фторхинолоны. Широко применяли, особенно при анаэробной флоре, метронидазол, зоацид при выделении грам "+" и грам "-" флоры антибиотики сочетали с производными нитрофурана и ингибиторами синтеза простагландинов. Проводилась профилактика дисбактериоза.

При морфологическом исследовании пиосальпинкс выявлен у 36,4% оперированных жен-

Дуда И.В., Сушко В.Я., Дуда В.И.,
Якутовская С.Л., Киселева З.М.,
Бурьяк Д.В., Войткевич Б.М.,
Дражина О.Г., Перепеча Н.С.

ТАКТИКА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБООВАРИАЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ

/ Минск /

Целью нашего исследования явилось определение тактики ведения больных с тубоовариальными воспалительными опухолями.

Нами было проанализировано 148 историй болезней женщин с тубоовариальными образованиями, которые подверглись оперативному лечению. По возрасту женщины с воспалительными опухолями придатков матки распределились следующим образом: до 29 лет - 31,8%, 30-39 лет - 45,5%, старше 40 лет - 22,7%. Диагноз заболевания ставился на основании

шин, гнойный сальпингит с вовлечением в процесс яичников (отек, лейкоцитарная инфильтрация стромы, диффузные или очаговые воспалительные инфильтраты, единичные или множественные абсцессы) - у 50%, гидросальпинкс - у 17,6%.

Необходимо отметить, что у больных, которым проводилась предоперационная интенсивная противовоспалительная терапия, не было послеоперационных осложнений. У больных, оперированных по экстренным показаниям в первые сутки поступления в стационар имели место следующие послеоперационные осложнения: тромбоз поверхностных вен голени; нижнедолевая пневмония; спаечная кишечная непроходимость; перитонит.

Таким образом, проведенный анализ историй болезни женщин с гнойными tuboовариальными образованиями позволяет сделать вывод о необходимости обеспечения сочетанного комплексного лечения, включающего в себя антибактериальную детоксикационную терапию, а также повышение иммунитета в предоперационном периоде (1 -ый этап), лапаротомию с активным дренированием малого таза (2-ой этап), интенсивную послеоперационную терапию (3-ий этап).